

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

337

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 1 heure

Par EUGÈNE FORTIN,

Né à la Bouëxière (Ille-et-Vilaine), le 30 mai 1869.

VALEUR DIAGNOSTIQUE
DES
MALFORMATIONS DENTAIRES

Observées chez les Heredo-Syphilitiques

Président : M. POUCHET, professeur.

Professeur : M. TERRIER.

Agrégés : MM. { TUFFIER.
RICARD.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

588



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0068

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

537

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 1 heure

Par EUGÈNE FORTIN,

Né à la Bouëxière (Ille-et-Vilaine), le 30 mai 1869.

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DES

MALFORMATIONS DENTAIRES

Observées chez les Heredo-Syphilitiques

Président : M. POUCHET, professeur.

Professeur : M. TERRIER.

Agrégés : MM. { TUFFIER.
RICARD.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en aura
leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

Professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris

Directeur du Laboratoire du Comité consultatif d'hygiène

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'importance et la difficulté du diagnostic de la syphilis héréditaire ont frappé tous les observateurs, et depuis longtemps les questions qui s'y rattachent passionnent les syphiligraphes.

Il en est ainsi des malformations dentaires des hérédosyphilitiques ; c'est pourquoi, sans vouloir rééditer tout ce qui a été écrit à leur sujet et sans avoir la prétention de présenter des lois absolues, nous avons cru intéressant d'étudier la valeur diagnostique de ces lésions.

Comme toute étude de ce genre, notre travail comprendra d'abord un historique, puis une description clinique, un court chapitre pathogénique destiné à bien établir le mécanisme de formation des dystrophies dentaires ; la dernière partie, de beaucoup la plus importante, sera consacrée à montrer le parti que l'on peut tirer de toutes ces connaissances pour le diagnostic de l'hérédosyphilis.

Mais avant d'aller plus loin, nous voulons adresser l'hommage de notre reconnaissance à M. le professeur Pouchet qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Merci également à nos dévoués professeurs de l'Ecole de médecine de Nantes.

HISTORIQUE

Fauchard, puis Bunon et Mahon avaient déjà décrit, au commencement du ^{xviii}^e siècle, les lésions dentaires qui font le sujet de notre étude, mais sans se préoccuper beaucoup de leur étiologie. Mahon cependant les attribuait au rachitisme. Herner, puis Sophus Davidsen (1855) complétèrent ses descriptions, et confirmèrent ses conceptions pathogéniques. Quelques observateurs avaient vaguement parlé de la syphilis héréditaire comme cause possible de malformations dentaires, mais en réalité, c'est Jonathan Hutchinson qui, en 1856, donna à cette opinion l'extension et l'importance qu'elle méritait.

Depuis, les travaux se sont multipliés; citons parmi les auteurs qui se sont le plus intéressés à la question :

Albrecht (1861), Holler (1861), Coleman, O. Becker, Cortwright, Nicoti, Magitot, Duval, A. Fournier, Oudet, Parrot, Broca, Castanié, G. Ratier,

Decamps, Tornes, Quinet, Desmartin, A. Leplat, etc.

C'est surtout le côté étiologique qui a été étudié par ces auteurs, et grâce à leurs travaux, si de nos jours on discute encore sur quelques points particuliers, la lumière commence à se faire sur la pathogénie générale des malformations dentaires. Ce sera aussi l'un des points principaux de notre étude, mais il nous faut d'abord décrire les lésions que l'on peut observer, car la variété de leurs aspects a peut-être plus d'importance que l'on ne l'a dit pour expliquer le grand nombre d'opinions émises au sujet de leur étiologie.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous ne voulons pas refaire ici la description complète et détaillée des malformations que l'on peut observer, mais comme tous les observateurs n'ont pas assigné les mêmes caractères aux malformations dentaires hérédosyphilitiques, nous allons tâcher de grouper leurs opinions de façon à en tirer quelques enseignements pour le diagnostic de la maladie causale. A l'exemple de Parrot nous distinguons ce qui est primitif, c'est-à-dire ce qui dépend d'une manière *immédiate* de la cause, des modifications ultérieures, telles que les colorations diverses des dents au niveau des points lésés, les incrustations de tartre, la carie, les brisures, etc, conséquences de la vulnérabilité et de la fragilité de ces dents. Nous verrons, en effet, qu'à mesure que la dent vieillit, ses altérations deviennent plus confuses, les lésions traumatiques masquent les altérations primitives, et que c'est là une des raisons pour lesquelles le diagnostic étiologique devient si difficile chez l'adulte.

A. Altérations primitives.

Pour Hutchinson, les dents de lait présentent souvent chez les enfants syphilitiques des particularités qui peuvent donner quelques présomptions, bien qu'elles ne soient un signe ni absolu ni pathognomonique. Les incisives centrales permanentes sont des dents de critérium et c'est sur elles que doit se concentrer toute l'attention ; les autres dents ne peuvent fournir qu'un complément de preuves.

On observe un amoindrissement général de la dent, qui est à la fois courte et étroite avec une large entaille verticale sur ses bords. Les angles sont arrondis. Par la convergence de ses bords la dent tend à devenir pointue mais elle est constamment tronquée à son extrémité qui présente une encoche à convexité supérieure unique et superficielle sans dépression irrégulière ; au fond de l'encoche l'émail fait défaut et la dentine est à nu.

Il est commun de voir d'autres altérations dentaires associées à celles de la syphilis ; c'est ainsi qu'on observe souvent des entailles ou des sillons horizontaux qui n'ont rien de syphilitique.

Si on me posait la question suivante, ajoute Hutchinson, les dents ainsi décrites sont-elles pathognomoniques de la syphilis héréditaire ? je répondrais franchement : lorsqu'elles sont bien

caractérisées, je crois qu'elles le sont. Dans beaucoup de cas le type en question était si peu marqué qu'il faisait naître souvent le soupçon de tache héréditaire sans donner aucune certitude ; mais chaque fois qu'il était bien caractérisé, j'ai eu toutes les raisons de croire que la déduction qu'on tirait était bien fondée.

Hutchinson, on le voit, est très absolu, très exclusif et pour lui les lésions dentaires caractéristiques de la syphilis héréditaire sont nettement localisées, et de forme peu variées ; c'est du reste ce qu'il fit remarquer aux médecins de Saint-Louis, qui, lors de son voyage à Paris, lui montraient des dents malformées chez des sujets non hérédosyphilitiques.

Parrot étendit beaucoup le groupe des lésions dentaires de l'hérédosyphilis ; pour lui l'atrophie primitive peut être ramenée à cinq formes typiques :

- 1° Forme cupulaire ;
- 2° Atrophie sulciforme.
- 3° Atrophie cuspidienne ;
- 4° Atrophie en encoche ou d'Hutchinson ;
- 5° Atrophie en hache.

L'atrophie en encoche ou d'Hutchinson n'est pas primitive, mais la conséquence d'une action traumatique exercée sur la dent après son apparition au dehors. Dans l'alvéole, c'est l'altération cupuliforme qui existait sur un point de la couronne très rapproché du bord, n'occupant que son centre et laissant les bords intacts. Dès qu'elle

est soumise à l'action des agents extérieurs, cette partie malade est rapidement détruite et laisse à sa place une perte de substance qui n'est autre chose que l'encoche décrite par Hutchinson.

L'atrophie en hache est une lésion du même ordre, elle n'appartient pas à la période intra-alvéolaire de la dent qui émerge avec un aspect normal et n'est érodée que plus tard.

Outre ces modalités particulières, il admet encore que la syphilis héréditaire détermine une *atrophie* d'ensemble des dents qui sont moins larges que normalement, ont perdu leurs traits caractéristiques et ne consistent plus, bien souvent, qu'en de petits moignons informes disposés irrégulièrement sur les maxillaires et laissant entre eux des espaces vides qui sont dans une proportion directe avec l'importance de l'atrophie.

Les deux dentitions sont sujettes à l'atrophie ; ce fait avait, du reste, déjà été constaté par Foururier et Ratier ; mais Parrot y insiste particulièrement, l'atrophie en hache appartient même exclusivement à la première dentition.

Enfin, au point de vue de la localisation, il établit (ce qui, nous le verrons à une grande importance par la pathogénies) que la seconde dentition toute entière est sujette à l'atrophie, à l'exclusion des 2^e et 3^e molaires, et même, ajoutait-il, des prémolaires.

L'atrophie des premières molaires est la plus fréquente et la plus marquée, jamais une autre

dent n'est atteinte sans qu'elles le soient à un certain degré. Puis vient successivement celle des incisives médianes, des latérales et enfin des canines.

Les observations de Parrot ont été confirmées par beaucoup d'observateurs : Cazin, Gibert, Berne, Decamps qui dans sa thèse sur l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez les enfants, donne des observations très probantes. M. le professeur A. Fournier, dans une étude magistrale qui fait partie de ses brillantes leçons sur la syphilis héréditaire tardive, admet que l'hérédo-syphilis peut produire des désordres encore plus étendus et plus variés que ceux décrits par les auteurs précédents.

D'abord, le retard d'évolution peut être une première conséquence de l'hérédo-syphilis, puis les érosions dentaires qu'il définit ainsi :

Diverses malformations dentaires se produisant au cours de la vie intra-folliculaire de la dent et se traduisant par une altération particulière de la couronne qui semble usée, rongée, taraudée, vermoulue sur une certaine étendue de sa surface.

On dirait, à voir une dent affectée de la sorte qu'elle a été entaillée ou usée mécaniquement par un outil. Elle rappelle l'aspect du bois entamé par les vers ou du marbre corrodé par un acide, et c'est précisément cette apparence que consacre le mot d'érosion.

Ces érosions se classent de la façon suivante. :

Premier groupe : Érosions affectant le corps même de la dent :

4 types :

1° Érosion en cupule :

Pontillée, large.

2° Érosion en facette.

3° Érosion en sillon (atrophie dentaire sulci-forme de Parrot :

Unique, multiple.

4° Érosion en nappe :

(En gâteau de miel de Tornes).

2° groupe. — Érosions affectant l'extrémité libre de la dent.

Molaires. — Atrophie cuspidienne de Parrot, plus tard dent courte et en plateau, lisse grâce à l'usure de sa surface libre altérée.

Canines. — 1° Ou bien simple brèche du sommet en forme de V comparable à l'entaillure que font sur un morceau de bois deux coups de canif convergents.

2° Ou bien véritable atrophie de l'extrémité libre qui subit une forte échancreure circulaire et se réduit à un tronçon exigü, conique, ou à un petit chapiteau grenu lequel semble enchâssé dans le corps de la dent et comme emmanché dans une virole cylindrique.

Incisives. — 1° Brèche angulaire;

2° Dentelure du bord libre (dent en scie);

3° Amincissement atrophique du bord libre avec aplatissement antéro-postérieur;

4° Atrophie générale du sommet;

5° Erosion en échancrure semi-lunaire, échancrure en croissant, en coup d'ongle, etc. (dent d'Hutchinson).

Après l'érosion et le retard de la dentition, il décrit encore comme pouvant s'observer chez les hérédos-syphilitiques :

Le microdontisme.

L'amorphisme dentaire.

Déviation du type dentaire.

Malformations diverses altérant la configuration et contenant jusqu'à de véritables monstruosités.

Dent en cheville;

— corne;

— tricorne;

— fer de hache;

— caillou.

La vulnérabilité du système dentaire; la dent est malade en profondeur, vicieusement constituée dans l'extrémité de sa texture; elle est sillonnée de raies de dentine globulaire, ou bien elle est stratifiée comme une écaille d'huître (dent schisteuse).

Comme conséquence, la dent est très sensible aux traumatismes.

C'est là le mécanisme des altérations dentaires consécutives. (V. plus bas.)

Les sillons blancs : tache blanche laiteuse qui

sous la forme d'une strie linéaire parcourt horizontalement la couronne d'une dent.

M. Fournier a dépisté des cas de syphilis héréditaire rien que par la constatation de tels sillons.

Les irrégularités d'implantation ou de disposition réciproque de diverses dents.

Desmartins, comme Parrot, observe plus particulièrement chez les enfants; aussi ses descriptions, tout en présentant une incontestable originalité, conduisent à peu près aux mêmes conclusions que celles du maître; cependant comme il n'a observé que des hérédosyphilitiques vrais, tandis que Parrot a confondu dans la même description les malformations dentaires observées chez les rachitiques et les hérédosyphilitiques, convaincu que les deux maladies étaient de même origine, les résultats obtenus par Desmartins ont une grande valeur, et c'est pourquoi nous les donnons ci-dessous :

Les dents de première dentition sont saines.

Celles de la seconde dentition affectées de malformation le sont dès leur apparition même. Deux périodes bien nettes sont à distinguer quant à la description des lésions.

Dans la première, quand les dents viennent à peine d'émerger, les érosions sont circulaires sans rapport de forme ni de situation avec les traumatismes fonctionnels.

Mais, au bout de quelque temps, à l'érosion dentaire, effet d'un trouble trophique, vient s'ajouter

l'érosion produite par les frottements mécaniques ; lorsque l'émail a complètement disparu, la dent corrodée petit à petit s'effrite. Vers l'âge adulte il ne reste que des dents ayant perdu une partie de leur étendue, dents inutilisées, dont la forme terminale la plus habituelle est celle décrite par Hutchinson.

Les malformations consistent en :

Macrodontisme et convergence des incisives supérieures, nanisme des incisives latérales supérieures.

Cannelures, en général au nombre de 3 pour les incisives médianes supérieures et 4 pour les incisives inférieures.

Le bord libre des dents atteintes au lieu d'être coupé net comme à la normale est tricuspidé.

Les dents sont atteintes d'amorphisme, c'est-à-dire que leur forme ne répond pas au type que leur siège leur imposerait.

Quant aux érosions :

Dès l'émergence de la dent hors de la gencive, ou peu après, apparaissent sur la face antérieure des érosions peu profondes circulaires ou ovalaires, à fond jaunâtre qui n'atteignent au commencement aucun bord libre de la dent. Elles apparaissent d'abord sur la face antérieure des incisives médianes supérieures et cela le plus fréquemment. Les incisives inférieures peuvent être aussi atteintes.

Elles sont circulaires, situées au fond de dépressions circonscrites par des travées saillantes et

longitudinales par rapport à la dent qui les porte. Elles sont, d'abord, éloignées du bord libre et ne le rejoignent plus tard que par un processus ulcératif secondaire qui n'a rien de spécifique.

Aussi, dans leur accroissement, revêtent-elles des modalités diverses que l'on ne saurait décrire, étant donné que le hasard seul en établit la forme et en fixe le degré. Lorsque l'ulcération a suffisamment aminci la dent, celle-ci se casse en général en coup d'ongle.

Vers l'adolescence ou un peu plus tard, la dent d'Hutchinson est le type de la dent syphilitique.

B. Altérations secondaires.

Nous avons vu que l'atrophie en hache et l'atrophie en encoche d'Hutchinson sont classées dans ce groupe par quelques auteurs ; il faut y comprendre encore :

1° Les changements de coloration, dus à ce qu'en raison de leur situation et des altérations de leur surface, les dents prennent une teinte jaune ou brunâtre ;

2° Les accumulations de tartre masquant quelquefois les altérations, et entourant les dents d'une gangue épaisse ;

3° Les lésions de traumatisme ; usure précoce, les sommets dentaires amincis, érodés, subissent l'usure due à la mastication, ou se brisent par un traumatisme léger, s'émiettent par les frotte-

ments; on peut donc rencontrer des dents cassées plus ou moins irrégulièrement ou bien des dents régulièrement usées par la fonction, dont la couronne dépasse de moins en moins le rebord gingival et dont le bord libre est élargi en plateau lisse, constituant ainsi ce que M. Fournier appelle la dent de vieux.

4° Carie dentaire. Les érosions dentaires constituent des points de moindre résistance en raison de la destruction plus ou moins complète de la couche d'émail à leur niveau. La destruction des dents est très rapide, dit Parrot, parce que d'emblée une grande étendue de la couronne est envahie; surtout pour les prémolaires moins résistantes que les autres. La carie des premières molaires non moins envahissante détruit successivement les couches horizontales en allant des cuspidés vers le collet. Assez souvent elle subit un temps d'arrêt, lorsqu'elle a atteint le bourrelet d'émail qui limite la portion atrophiée. A ce moment au lieu de ronger uniformément toute la couronne, elle respecte le revêtement d'émail. Il en résulte une vaste caverne qui communique largement avec la cavité buccale (nous reproduisons ici cette note de Parrot, car nous verrons plus loin combien cette description concorde avec certains faits observés).

5° La gingivite et la stomatite sont une conséquence naturelle des lésions dentaires décrites plus haut. MM. Fournier et Parrot n'en parlent pas, mais

Hutchinson attribuait à la stomatite les lésions concomittantes observées sur les dents autres que les 2 incisives médianes supérieures. Nous ajouterons que c'est là une des difficultés du traitement des Hérédo-syphilitiques, car la stomatite est chez eux particulièrement à redouter en raison du difficile entretien des dents. C'est du reste la stomatite qui nous a empêché de continuer les injections de calomel dans l'observation que nous relatons ci-dessous.

6° La chute prématurée des dents, est la terminaison habituelle de altérations précédentes; pour la première dentition il n'est pas rare, dit M. Fournier, de rencontrer des enfants, qui, dès l'âge de 4 ans, ont leurs incisives absolument cariées.

Pour la seconde dentition, il est d'usage chez l'adulte de ne plus retrouver certaines dents qu'à l'état de chicot, Parrot décrit même, comme conséquence de la destruction des prémolaires et des canines, une atrophie consécutive du maxillaires et des alvéoles où sont enfermées les dents de la seconde dentition, de telle sorte que plus tard il existe entre les premières molaires et les incisives permanentes du maxillaire inférieur un vaste espace vide comparable aux barres du cheval.

Telles sont les lésions que l'on peut observer chez les hérédo-syphilitiques; leur diagnostic est en somme assez facile : quand on les soupçonnera, il faudra naturellement enlever les couches de

tartre épaisses qui les masquent quelquefois : on distinguera alors facilement l'échancrure d'Hutchinson des petites encoches en dents de scie qui existent souvent sur le bord tranchant des incisives permanentes d'un assez grand nombre d'enfants, ou bien encore avec le sinus que limitent parfois les incisives médianes supérieures lorsque leur bord libre est taillé obliquement de bas en haut et de dehors en dedans.

La carie est douloureuse, elle produit une altération limitée locale d'une dent, respectant le reste de sa couronne et n'altérant pas sa surface en des points disséminés comme l'atrophie cupulaire par exemple. Quand elle coexiste avec les lésions de l'hérédo-syphilis, elle en est la conséquence, comme nous l'avons dit plus haut.

Les déformations dentaires artificielles pouvant simuler les altérations de la syphilis héréditaire sont peu fréquentes ; signalons cependant les érosions dues à l'usure de l'émail par la pipe, les déformations professionnelles que Morel Lavallée a décrites chez les cordonniers et qui sont dues à ce que ceux-ci gardent dans leur bouche les pointes qui servent à fixer les semelles ; il en résulte que les incisives médianes supérieures présentent à leur bord inférieur une encoche médiane arciforme, qui, à première vue, rappelle assez exactement la dent d'Hutchinson. Mais on trouve toujours quelques différences avec les vraies dents d'Hutchinson ; de plus l'enquête sur les habitudes du malade,

l'absence d'autres signes d'hérédosyphilis viennent facilement éclairer le diagnostic.

Nous connaissons donc maintenant les altérations et dystrophies dentaires que l'on peut rencontrer chez les hérédosyphilitiques, nous savons les distinguer des altérations qui peuvent les simuler, il nous reste à savoir si en présence de ces lésions, nous avons le droit d'affirmer que le sujet est hérédosyphilitique. Il faudrait pour cela que nous démontrions : 1^o que la syphilis à elle seule peut causer de pareils désordres; 2^o qu'elle seule peut les causer, autrement dit que nous étudions dans un premier chapitre la pathogénie des accidents, et dans un second leur valeur diagnostique.

PATHOGÉNIE

La syphilis à elle seule peut-elle causer les malformations dentaires dites hérédo-syphilitiques? Cette question a soulevé bien des réponses contradictoires.

D'une façon générale, l'érosion étant mise à part, les auteurs sont d'accord pour considérer ces dystrophies comme dérivant d'un trouble nutritif ou d'un arrêt de développement en rapport avec des désordres généraux ayant atteint l'individu au moment de l'évolution dentaire. La syphilis héréditaire se manifeste précisément à cette époque et il est tout naturel que son action se fasse sentir sur la dentition.

Mais la question est plus complexe quand on étudie l'érosion.

Et d'abord établissons que l'érosion dentaire est le résultat d'une affection générale ; pour cela rappelons qu'il s'agit ici d'altérations multiples et disséminées, souvent symétriques, et même

systématiques (Fournier), occupant rigoureusement le même niveau sur la couronne des dents homologues, occupant des hauteurs différentes sur des dents d'ordre différent ; et ces différences de niveau sont en relation anatomiquement précise avec les différences chronologiques d'évolution de ces diverses dents.

Ce sont bien là les caractères des vices de nutrition, des troubles en rapport avec les affections de l'état général de l'individu.

D'autre part, l'étude de la structure intime des érosions dentaires montre bien qu'il s'agit d'un arrêt de développement et de formation de l'émail et de l'ivoire de la dent :

« Dans l'émail, une ou plusieurs rangées de
« prismes étant ainsi frappés d'une sorte d'inac-
« tion, laissent à la surface du chapeau de den-
« tine une raie ou un sillon plus ou moins large
« et entièrement dépourvu de revêtement d'émail.

« Dans l'ivoire, à un moment donné, la produc-
« tion d'abord régulière des couches dentinaires
« se trouve suspendue, non d'une manière com-
« plète, car le fonctionnement des cellules de
« l'ivoire ne saurait être absolument anéanti, mais
« les matériaux calcaires au lieu de se déposer
« molécule à molécule, se produisent par une
« série d'intermittences séparées par des temps de
« repos. »

Le résultat de ce trouble d'évolution est le suivant :

Au niveau de l'érosion, l'émail est détruit totalement ou partiellement, ses parties constituantes ont perdu leur cohésion. L'ivoire lui-même est altéré, il y a une véritable « érosion de l'ivoire » (Magitot). On y trouve une ou plusieurs couches de globules et d'espaces interglobulaires déposées sous forme d'une bande parcourant le reste de la dentine qui est normale.

L'érosion paraît donc bien sous la dépendance d'un trouble général survenu pendant la vie intra-folliculaire de la dent. Mais il nous reste à déterminer la nature de ce trouble causal : Fouchard, Bunon, Mahon, Fournier (Dict. en 60 volumes), John Tornes, Broca, ont accusé les pyrexies de l'enfance, la coqueluche, etc., mais ainsi que l'a fait remarquer Parrot ces affections atteignent l'enfant alors que l'atrophie dentaire est déjà produite, de plus c'est presque toujours à la rougeole, à la diphtérie et à leurs complications que succombent les enfants atteints d'atrophie dentaire et la récurrence de ces maladies étant très rare, l'on peut considérer cette atteinte comme la première du moins dans l'immense majorité des cas ; d'où l'impossibilité de leur attribuer l'altération dentaire. M. Magitot ajoute que ces affections sont trop homogènes et de trop courte durée pour avoir pu déterminer les érosions. La scrofule a été examinée par Castanié, Lailler, etc., mais d'après Parrot, sa période d'activité ne coïncide pas avec l'époque de l'évolution intraalvéolaire des dents.

M. Magitot reconnaît à l'érosion dentaire un caractère brusque, aussi il la considère comme due aux affections à invasion soudaine, avec durée courte, proportionnelle à la profondeur de la lésion. L'éclampsie infantile répond bien à ces desiderata. Il rapporte ainsi 40 observations dont les sujets avaient tous présenté dans leur enfance des accidents éclamptiques sans aucune autre maladie à laquelle puisse être rattachée la lésion du système dentaire.

Dans quelques cas les sujets auraient eu une méningite, c'est-à-dire une affection qui peut prendre encore la forme convulsive.

Il va plus loin, il prétend établir un rapport strict entre l'âge où s'est produite l'éclampsie et le niveau de la couronne où s'est faite l'érosion. La durée de l'affection se reconnaîtrait à ce que le sillon est plus ou moins marqué ; enfin si l'affection consiste en plusieurs accès consécutifs, le nombre de sillons est égal à celui des crises ; si enfin l'affection susceptible de produire une telle altération survient après l'achèvement de la dentification, elle ne fait éprouver au système dentaire aucune lésion appréciable de structure.

A l'opinion de M. Magitot se sont rattachés MM. Quivet, Ratier, Castanié, Aguillon de Saran, etc. M. A. Fournier l'admet mais refuse d'être aussi exclusif que M. Magitot et croit que l'éclampsie ne peut toujours être incriminée, témoin l'observation qu'il cite où un enfant qu'il a

suivi depuis sa naissance, sans avoir jamais eu à constater un accès d'éclampsie est néanmoins atteint d'érosions typiques.

On pourrait en réalité opposer à M. Magitot les faits suivants :

1° Observations où des enfants n'ayant jamais été atteints de convulsions présentent des érosions dentaires (V. plus haut et voyez Thèse madame Sallier sur les malformations dentaires observées chez les enfants arriérés et idiots). Les accidents éclamptiques manquent dans plus de la moitié des cas.

2° Lorsqu'ils ont eu des convulsions et sont atteints consécutivement d'érosions dentaires, les convulsions ont pu être symptomatiques de syphilis ou d'autres maladies qui, sont les causes réelles de l'érosion.

3° M. Parrot a analysé quelques-unes de ses observations et montré que le moment probable de la formation des érosions dentaires ne coïncidait pas avec l'époque de la vie où l'on avait constaté des attaques d'éclampsie.

4° L'atrophie des dents de lait et de la première molaire est fréquente et elle frappe la portion la plus libre de la couronne, c'est-à-dire celle formée dans les derniers temps de la vie intra-utérine ; il faudrait donc que pendant les 98 derniers jours de la vie foetale les sujets atteints d'atrophie dentaire aient été dans un état de mal convulsif, ce qui est inadmissible (Parrot)

5° Nous savons qu'on n'a jamais constaté l'altération des prémolaires permanentes, non plus que des secondes et troisièmes molaires ; cependant les convulsions ne sont pas rares dans la période de la vie infantile qui correspond au développement de ces dents ; elles devraient donc, suivant l'opinion de M. Magitot, porter dans certains cas des sillons, des cupules ou toute autre marque que l'atrophie (Parrot).

D'autres auteurs ont incriminé le rachitisme. tels Sophus Davidsen, Horner, Nicati, Castanié, Parrot, ne leur a naturellement opposé aucune objection, étant donné la parenté qu'il établissait entre le rachitisme et la syphilis héréditaire. Mais si l'on n'admet cette manière de voir il est évident que le rachitisme est susceptible des mêmes objections que les autres pyrexies de l'enfance, le rachitisme intra-utérin étant considéré comme exceptionnel, si tant est qu'il existe.

Enfin Albrecht disait que les altérations des dents sont produites par toute cause amenant un trouble nutritif au moment de la formation des organes.

Nous arrivons enfin à l'opinion qui peut-être a réuni le plus de suffrages, c'est celle de J. Hutchinson, si brillamment défendue et développée par Parrot, admise également par Holler 1861, Colemar, Cartwright, Decamps, etc. Les malformations dentaires décrites sous le nom d'érosions seraient une manifestation de la syphilis hérédi-

laire. Pour le démontrer, Parsot s'appuyait sur la coexistence fréquente de ces lésions avec les manifestations habituelles de l'hérédo-syphilis et avec le rachitisme. « Mais ce sont surtout les faits « d'ordre chronologique qui montrent bien cette « étiologie. Par exemple, il est admis que chez « certains sujets, dès le 7^e mois de la vie intra-uté- « rine, les viscères et les os subissent les altéra- « tions caractéristiques de la syphilis. A ce « moment toutes les dents de lait ont un chapeau « dentaire qui dépasse deux millimètres et sur « la première molaire les deux mamelons sont « soudés : c'est donc en pleine formation qu'elles « sont exposées aux atteintes de la syphilis et il « est bien naturel que chez certains sujets, comme « nous l'enseignent la clinique et l'anatomie « pathologique, leur masse soit amoindrie pro- « portionnellement à la durée et à l'intensité de « la maladie héréditaire. »

Les faits relatifs à la seconde dentition sont aussi faciles à expliquer.

Les érosions dentaires se rencontrent par ordre de fréquence :

- 1^o Sur les premières grosses molaires ;
- 2^o Sur les incisives ;
- 3^o Sur les canines.

Deux groupes dentaires sont épargnés :

- 1^o Les petites molaires ;
- 2^o Les deuxième et troisième grosses molaires.

La cause de cette sélection est d'après MM. Parrot et Fournier que les dents atteintes d'érosion sont celles qui se trouvent en voie de dentification à l'époque où sévit la *syphilis héréditaire*.

On peut encore ajouter les preuves suivantes données par M. Fournier :

La constatation fréquente, très fréquente de la syphilis chez les parents de sujets affectés d'érosions dentaires ;

La polymortalité dans les familles des sujets affectés d'érosions dentaires.

Nous terminerons donc ce chapitre pathogénique en disant que la syphilis peut à elle seule déterminer des dystrophies dentaires ; il nous reste à déterminer la valeur diagnostique de ce signe de l'héredo-syphilis.

VALEUR DIAGNOSTIQUE

Pour établir la valeur diagnostique d'un symptôme, il faut rechercher : 1° si ce symptôme appartient exclusivement à la maladie au cours de laquelle il se montre ; dans ce cas, il constituerait un signe pathognomonique de l'affection causale ; 2° s'il n'appartient pas exclusivement à cette maladie. Dans ce cas, sa valeur diagnostique n'est plus que relative ; néanmoins elle est proportionnelle alors : α , à sa fréquence au cours de cette maladie, b , à sa rareté au cours des autres affections.

Étudions, d'abord, la première question : les malformations dentaires appartiennent-elles exclusivement à l'hérédosyphilis ?

Nous avons vu dans le chapitre précédent que c'était là l'opinion de Hutchinson, de Parrot et de quelques autres, mais nous pensons qu'en réalité, s'il est indéniable que la syphilis joue un grand rôle dans la pathogénie de ces lésions, quelques objections très sérieuses sont cependant à faire à

la théorie absolutiste qui veut que la syphilis soit toujours en cause. Voici les principales de celles qui ont été faites par les maîtres les plus compétent de la syphiligraphie et de l'odontologie :

I. On a vu des sujets atteints de dystrophies dentaires contracter la syphilis, or ce serait admettre que l'hérédo-syphilis ne confère pas l'immunité.

C'est là une proposition inacceptable dans l'état actuel de la science. Cependant nous devons dire que tout récemment, Molokendow a publié le résultat de vingt observations où il a vu chez les jeunes gens qui présentaient les altérations dentaires attribuées à la syphilis, cette maladie apparaître et se comporter d'une manière très bénigne. Il pense que l'on peut porter ce pronostic favorable pour la syphilis acquise par les individus qui présentent les dents considérées par Hutchinson comme spécifiques. Ce sont là des résultats extrêmement intéressants qui peut-être sont appelés à éclairer quelques-uns des faits si obscurs de la question.

II. Il n'est pas rare de rencontrer des malformations et érosions dentaires sur des sujets non syphilitiques, issus de parents indemnes de syphilis (40 cas, Magitot, observations de Fournier.

On a incriminé alors diverses causes; parmi

celles qui ont été signalées, il est probable, comme le dit M. Fournier, que beaucoup d'entre elles, tels que le rachitisme, les fièvres éruptives, les pyréniques, etc., sont absolument inacceptables, puisque Parrot a démontré que, dans l'immense majorité des cas, les dents sont déjà définitivement constituées à l'époque où ces cours étaient en action; mais d'un autre côté il n'est guère admissible que la syphilis ait seule le privilège de déterminer un trouble nutritif vers le système dentaire. Il est probable, au contraire, qu'une lésion de ce genre est appelée à dériver d'une cause morbide quelconque pourvu que cette cause soit de nature à constituer un trouble profond de l'état général.

Mais quant à déterminer quelles sont les affections autres que l'hérédosyphilis, qui peuvent causer des malformations dentaires, M. Fournier s'y refuse, étant donné encore le peu d'observations publiées. D'autres observateurs ont essayé de combler cette lacune.

Magitot considère que les enfants attardés, idiots, scrofuleux et surtout rachitiques, peuvent avoir comme les hérédosyphilitiques des dents petites, conoïdes, difformes, réduites de nombre, présentant enfin des retards d'éruption.

M^{me} Sollier a observé chez les idiots et les arriérés; elle a constaté les faits suivants :

1° Précocité de la première dentition huit fois sur 60 cas.

2° Retard de la première dentition, un quart des cas.

3° Chute précoce de la première dentition, un cas sur 100.

4° Chute tardive de la première dentition, 11 cas sur 100.

5° Retard de la deuxième dentition, 36 0/0.

6° Navisme, 14 0/0.

7° Géontisme, 11 0/0.

8° Malformations autres que les précédentes, 53 0/0, dont :

Sillons longitudinaux, 41 0/0;

Crênelures, 58 0/0;

Erosions (plus fréquentes sans convulsions qu'avec convulsions).

Il ressort de tout ce qui précède, qu'il est impossible d'attribuer à l'hérédosyphilis seule le pouvoir de produire des malformations dentaires.

Battus sur ce point, les partisans de la doctrine absolutiste ont répondu : Oui, les malformations dentaires peuvent s'observer dans un grand nombre de maladies, mais à la syphilis seule appartiennent quelques-unes des variétés décrites.

L'érosion en général a été considérée comme typique de l'hérédosyphilis par Parsot, l'érosion en coup d'ongle en croissant d'Hutchinson a été considérée par cet auteur, puis par de nouveaux syphiligraphes, comme caractéristique.

Pour l'érosion en général les objections suivantes ont été soulevées :

1° L'érosion s'observe chez d'autres malades que les hérédosyphilitiques.

M. Magitot n'admet pas que l'érosion puisse se rencontrer dans la syphilis héréditaire ; c'est là pour lui, nous le répétons, la trace indéscribable et permanente d'une affection infantile à invasion *brusque* de forme *convulsive* et faite spécialement de l'éclampsie. Les faits avancés par M. Magitot ont été établis avec tant de soin, de compétence et d'autorité, qu'il est impossible de rejeter l'éclampsie du cadre des causes de l'érosion.

Leplat conclut ainsi dans sa thèse publiée en 1891 :

La syphilis héréditaire produit sur les dents des lésions variables, retards d'éruptions, modifications dans leur couleur, leur forme, leur volume leur mode d'implantation, leurs dispositions réciproques et leur structure intime.

Mais la lésion dentaire, dénommée érosion, ne saurait reconnaître comme cause la syphilis héréditaire.

Il décrit sous les noms d'érosion des altérations consistant soit dans des échancrures du bord libre, soit dans les sillons annulaires plus ou moins nombreux et plus ou moins profonds toujours symétriques aux dents homologues d'une même mâchoire.

Les érosions portent plusieurs types :

1° Echancure en coup d'ongle du bord libre ;

2° Erosion en rugosités ou mamelons de la face triturante ;

3° Erosion en sillon simple du pontillé unique ou multiple.

4° Erosion en nappe avec absence congénitale d'émail et état spongieux de l'ivoire.

5° Erosion totale de la couronne de certaines dents.

La syphilis, dont l'action nocive est essentiellement longue et continue, ne saurait jouer aucun rôle dans la formation de ces altérations spéciales.

L'éclampsie infantile et certains troubles nerveux, dont la méningite occupe le premier rang en sont souvent la cause.

Cependant certaines maladies de l'enfance amenant des troubles de nutrition profonds et prolongés purent dans quelques circonstances être indiqués comme cause de ces lésions spéciales. M^{me} Sollier a observé des érosions sur les dents des enfants arriérés et idiots.

Piethiervicz a vu des érosions dentaires chez un jeune homme qui, à l'âge de 18 mois, était tombé d'un premier étage et avait de ce fait été gravement malade. Piethiervicz a pu, grâce à ce signe, reconnaître la date du traumatisme.

M. Magitot a vu l'entérite clinique déterminer des érosions en gateau de miel (Etude clinique sur l'érosion des dents). Elles siègent sur les incisives, les canines et les premières molaires, et leur

siège, leur étendue, étaient en rapport avec la date et la durée de l'entérite (de 2 mois à 2 ans). Les deuxième et troisième molaires, dont l'évolution est postérieure à la deuxième année, ne présentaient aucune altération.

II. Les faits d'infection syphilitique ne sont pas rares chez les sujets atteints d'érosion, puisque Malkendar, à lui seul, en a observé vingt cas, Horteloup en a publié de son côté des observations, Vaquez a relaté le fait que nous citons ci-dessous, enfin M. A. Tavernier a observé les faits suivants dans le service de clinique de M. le professeur Leloir (1) :

OBSERVATION II (Résumée).

M..., 17 ans.

Phimosis inflammatoire masquant un chancre infectant un peu phagédénique. Papules hypertrophiques ovales. Syphilides pigmentaires accentuées du cou, du tronc et de l'abdomen. Cicatrices des fesses. Crâne vâtiforme. Incisives médianes supérieures et canines fortement mordillées.

OBSERVATION III (Résumée).

P..., 17 ans.

Chancre de l'orifice préputial, induration en anneau ;

(1) Annales de Dermatologie, 1887, p. 514.

transformation *in vita* du chancre en papule érosive. Syphilide papuleuse, disposée sous forme de bande suivant le trajet du canal de l'urèthre à sa face inférieure. Vestiges de roséole sur les membres inférieurs. Papules opalines de l'orifice préputial. Papules érosives de la gorge, de la bouche ; syphilide pigmentaire du cou, syphilides papulées squameuses des jambes (Bolonite). Le jeune homme présente, comme le malade de l'observation II, des incisions médianes supérieures et inférieures et des canines fortement mordillées.

III. Ajoutons, comme dernier argument, qu'on a trouvé des érosions dentaires sur des dents de chien (Capiton) bœuf (Magitot), cheval, éléphant, hippopotame (Duval), animaux non sujets à la syphilis.

En somme, les érosions considérées d'une façon générale ne constituent pas un signe pathognomonique de l'hérédo-syphilis. On a alors à se demander, si parmi les nombreuses variétés de l'érosion, il n'est pas quelques-unes d'entre elles qui seraient caractéristiques de la maladie causale.

C'est là une question que se sont posés immédiatement les observateurs, et à laquelle M. Frunier a répondu de la façon suivante :

Il est incontestable que la syphilis peut réaliser toutes les érosions dentaires quelles qu'elles soient, mais c'est un fait non moins avéré qu'elle réalise certains types d'érosions plutôt que certains autres.

1° Les érosions pontillées, les érosions en cupules ou en facettes, les dentelures en scie du bord

libre, n'ont que peu ou pas de valeur en tant que témoignages d'une influence hérédosyphilitique. Et cela, parce qu'on les rencontre fréquemment en dehors de toute hérédité spécifique;

2° La dent rayée à érosion en sillon, (érosion sulciforme de Parsot) est déjà plus spéciale;

3° L'atrophie du sommet dentaire (notamment celle qui, affectant la première grosse molaire, constitue là ce que nous avons appelé la dent correcte en plateau) a une signification plus précise, parce que c'est là une modalité favorite des malformations d'ordre spécifique;

4° Mais ce qui constitue le meilleur signe, ce qui peut être donné comme un témoignage presque certain d'hérédité spécifique, c'est l'échancrure semi-lunaire du bord libre, c'est ce qu'on appelle la dent d'Hutchinson. Cette forme particulière d'érosion, alors surtout qu'elle affecte sa localisation préférée, à savoir les incisives médianes supérieures, est un élément diagnostique d'une incontestable valeur.

Hutchinson, consulté récemment à ce sujet par M. Fournier, considère toute échancrure semi-lunaire affectant les incisives médianes supérieures comme un signe absolu d'hérédité syphilitique. Mais cette même lésion affectant d'autres dents n'aurait plus de signification relativement à l'hérédité syphilitique. M. Fournier ne va pas jusque-là, il se borne à considérer l'échancrure semi-lunaire d'Hutchinson siégeant sur les incisives médianes

supérieures et concurremment sur d'autres dents comme une présomption formelle mais non pas comme le signe absolument certain.

Devant des affirmations aussi nettes de maîtres de la compétence d'Hutchinson et A. Fournier, nous n'avons qu'à nous incliner; cependant nous devons dire que Castanié nie formellement que l'érosion en échancrure dite d'Hutchinson soit propre à la syphilis. D'autre part, alors que M. Fournier disait, en 1886, qu'il n'avait pas encore rencontré un seul cas où ce signe l'ait trompé, nous voyons dans l'observation I de la thèse de Madame Sollier, l'incisive latérale gauche inférieure présentant sur son bord tranchant une érosion cupuliforme limitée par deux tubercules.

On nous répondra qu'il y a de grandes différences entre cette érosion unique ainsi située, et la description d'Hutchinson, mais on ne pourra faire la même objection au fait suivant relaté par M. Vaquez et qui a été constaté dans le service même de M. Fournier.

Il s'agit d'un enfant chez lequel les lésions dentaires étaient très nettes sans qu'on pût en rien trouver un trait de syphilis chez ses ascendants.

S..., âgée de 18 ans, couturière, entrée le 23 mai 1887, salle Henri IV, lit n° 10.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade étant jeune; pas d'antécédents de gourme ni d'écoulements d'oreilles. La malade aurait eu seulement vers 5 ou 6 ans

un mal d'yeux, de durée indéterminée et qui n'a en tout cas laissé aucune trace. Rien autre.

A 16 ans, elle se marie et accouche un an après, le 4 mai 1886, d'un enfant bien conformé, qui meurt à 8 mois $1/2$ et très rapidement. La malade a eu des couches faciles ; les douleurs n'ont duré que vingt heures en tout ; l'enfant était petit (4 livres $1/2$), mais les suites de couches ont été douloureuses et la malade se plaint encore de souffrir dans le ventre depuis lors.

Il y a quinze jours, elle s'aperçoit d'une écorchure siégeant à la grande lèvre droite, près de la commissure supérieure, non douloureuse, et s'accompagnant bientôt de grosseur dans l'aîne. Elle vient nous consulter pour cette ulcération. Celle-ci correspond point pour point à la description classique du chancre induré avec pléiade de Ricord. Les symptômes généraux sont peu accentués ; ils consistent en céphalée à exacerbations vespérales, sans amaigrissement. Pas de perte de cheveux. L'examen complet du corps montre : taille, 1^m 48.

Surface cutanée. — Aucune cicatrice suspecte. Il n'existe que deux cicatrices banales au niveau du genou droit et une autre à gauche résultant d'une chute.

Squelette. — Pas de déformation de squelette. La malade a marché de bonne heure, les os ne sont nullement déformés et on ne trouve nulle part de troubles appréciables. Pas de rétrécissement du bassin.

Bouche. — Pas de cicatrices. Rien au voile ni sur le pharynx.

Dents. — Présentent les altérations les plus intéressantes. La malade ne peut nous dire quand ses dents ont pourri.

En tout cas, dans son aspect général, la denture, quoique régulièrement plantée, est fétide, surtout pour la mâchoire supérieure. Dans cette dernière, les altérations portent surtout sur les grosses molaires et principalement sur

celle de gauche. Aucune des dents de sagesse n'est encore formée.

La mâchoire supérieure compte :

A droite, six dents : une incisive, une canine, deux petites molaires, deux grosses molaires ; la deuxième incisive manque.

A gauche, il y a six dents également : deux incisives, une canine, une petite molaire (la seconde est tombée seule il y a un an), deux grosses molaires.

Les incisives présentent les altérations suivantes :

Incisives supérieures. Coupe de la dent. — Sur la partie médiane, sillon transversal profond, n'entamant pas la dent complètement, mais se retournant en arrière, irrégulièrement, sous forme d'érosion que séparent des parties saines.

Les bords internes de ces mêmes incisives présentent en plus des érosions plus étendues en hauteur, sous forme de cupule et situées au niveau du sillon transversal que nous avons signalé.

Tout à fait à leur partie supérieure, les mêmes incisives présentent un autre sillon transversal plus court et plus superficiel.

Le bord libre présente l'échancrure caractéristique en demi-lune, dite échancrure d'Hutchinson ; cette échancrure est faite aux dépens du bord antérieur taillé en biseau, mais ses angles ne sont pas arrondis.

Incisives médianes inférieures. — Les incisives médianes inférieures présentent un sillon profond, noirâtre, transversal et complet, tout près du bord libre de la dent. Ce bord libre n'est le siège d'aucune altération.

Incisives latérales. — En haut et à droite, l'incisive latérale fait défaut. A gauche, l'incisive latérale est absolument modifiée, elle est petite, effilée, sans sillon, en forme de dent de poisson. En bas, les incisives latérales ne présentent qu'un sillon transversal noirâtre analogue à celui que l'on

trouve sur les incisives médianes. Ce sillon se trouve tout près du bord libre.

Canines supérieures. — A gauche, la canine semble contournée en pas de vis et s'atrophie au niveau de son bord libre ; un sillon sépare l'extrémité du corps de la dent dans lequel elle semble comme enchassée..

A droite, la même altération se retrouve, mais moins nette ; c'est plutôt sur le corps de la dent que se retrouvent les lésions. On y voit des échancrures peu profondes, en facettes, donnant à peu près l'idée d'une dent taillée à plusieurs pans.

Canines inférieures. — Sillon analogue à celui des incisives, moins régulier, peu marqué en dedans, mais s'enfonçant profondément en dehors pour former une sorte d'échancrure en cupule profonde.

Petites molaires. — Rien d'anormal. La petite molaire du côté gauche manque en haut.

Grosses molaires. — Rien d'anormal sur les deuxièmes grosses molaires ; la première grosse molaire présente les altérations caractéristiques de l'atrophie cuspidienne.

Le corps de la dent n'est le siège d'aucune alteration ; mais en lui-même, il est petit, peu développé.

A son extrémité inférieure, il présente un sillon profond duquel émerge l'extrémité atrophiée qui semble enchaînée dans le corps de la dent. Cette extrémité libre est irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses, de coloration jaunâtre, sale, avec anfractuosités et dépressions intermédiaires.

A gauche et en bas, mêmes lésions, moins accentuées. A droite et en haut, lésions d'atrophie cuspidienne ; en bas, rien d'anormal.

Enquête sur la famille. — Le père et la mère présentent l'apparence d'une bonne santé. Le père affirme n'avoir jamais eu la syphilis ; on ne trouve sur lui, non plus que

dans ses antécédents, aucune trace de cette affection. Il n'est ni épileptique ni alcoolique.

La mère a toujours été bien portante ; pas de maladie ni de troubles antérieurs à la naissance des enfants. Chez l'un et chez l'autre il n'existe aucune altération dentaire. Rien du côté de la poitrine.

La même année, M. A. Tavernier, aide de clinique du professeur Leloir, publiait l'observation ci-dessous (1) :

La nommée Pic... Marie, âgée de 24 ans, couturière, entre le 27 janvier 1887, salle Saint-Henri, lit n° 20.

Dent de Hutchinson. Cicatrice de la fesse, atrophie générale de la femme. Chancres echymateux du pli génito-crural gauche, de la petite et grande lèvre gauche. Lymphangite bi-inguinale. Roséole. Syphilis papulo-croûteuse du bras. Adénopathie généralisée. Alopécie sourcillière. Papules opalines de l'isthme du genou. Syphilides érosives des plis radiés.

Grossesse de 5 mois.

Mère morte, suites de couches. Père bien portant ; trois enfants dans la famille : un frère vivant et très vigoureux, notre malade et un troisième mort de cause inconnue. Nous ne trouvons dans l'interrogatoire aucune trace de syphilis chez ses parents. Chez la mère pas de fausse couche. Notre malade, il est vrai, est petite, mais n'a aucun antécédent morbide, aucune lésion de l'œil, aucune lésion du nez ni du voile du palais, qui puisse nous faire soupçonner la syphilis héréditaire ; cependant nous trouvons sur la face interne de la cuisse, une cicatrice lisse blanchâtre grande comme une lentille. De plus les *incisions*

(1) Annales de Dermatologie, 1887, p. 514.

médianes supérieures présentent l'altération de la dent de Hutchinson.

Nous ne trouvons donc chez notre malade aucune maladie ni aucun antécédent morbide antérieur.

Elle est enceinte de 5 mois.

Elle a eu son dernier rapport, avant son mariage, il y a deux mois.

Elle ne s'est aperçue en aucune façon de l'incident primitif; vers le premier janvier son attention fut attirée par des démangeaisons inaccoutumées du côté du pli génito-crural. Depuis ce moment aucun trouble dans l'état général, pas de maux de tête ni de maux de gorge, pas de chute des cheveux. Vers le 15 janvier, apparition de boutons qu'elle porte actuellement sur le corps, quelques douleurs dans l'épaule, un affaiblissement et une courbature générale, l'appétit est tout à fait tombé.

Elle entre dans nos salles le 27 janvier.

État actuel : Femme de constitution tout à fait médiocre, cachectisée, petite. Rien au cœur.

Aux poumons : en avant, aux deux sommets, inspiration rude, expiration soufflante, affaiblissement du murmure vésiculaire, répercussion des bruits du cœur; en arrière, à gauche, diminution notable du murmure vésiculaire, et mêmes signes qu'en avant. A l'examen à la partie inférieure du pli génito-crural gauche, nous voyons un chancre ecthymateux rouge à son centre, grisâtre à sa périphérie, grand comme une pièce de vingt centimes, présentant les mêmes caractères que le premier.

Lymphangite grosse comme une ficelle partant du pli génito-crural et allant rejoindre, à gauche, deux ganglions indolores et durs, gros comme des œufs de poule. A droite; trois ganglions gros comme des noisettes.

Sur le corps, localisée au tronc et à la racine des membres inférieurs et supérieurs, éruption maculeuse et papu-

leuse assez cohérente, ainsi qu'à la face. Syphilide papulo-hypertrophique croûteuse, nettement indurée, du bras gauche.

Ganglions épithéliens droits et gauches, gros comme un pois.

Rougeur et légère hypertrophie des amygdales.

Quelques ganglions cervicaux engorgés.

Légère alopecie sourcilière.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une femme atteinte de trois chancres ecthymateux de la vulve et du pli génito-crural gauche, portant une éruption secondaire maculeuse et papuleuse cohérente. Les incisives médianes supérieures présentent l'altération bien caractéristique de la dent de Hutchinson.

Inoculation ; chancre au bras gauche.

Frictions : 2 gr. 5.

31 janvier. Inoculation négative.

9 février. Stomatite légère, Hydragyme cutanée de la vulve et des creux axillaires, consécutive aux frictions.

Supprimer les frictions.

14 janvier. Les chancres sont presque cicatrisés.

Pilules Hg I, n° 2.

KI 1 gramme.

24 février. Papules opalines du pilier antérieur droit.

26 février. Exeat sans accidents.

27 avril. La malade rentre dans le service pour des syphilides érosives des plis radiés de l'anus.

Liqueur de Van Swieten, 1 cuillerée.

Suppositoires iodoformés le soir.

9 mai. La malade a éprouvé des sensations de cuisson parce que les selles étaient dures.

Lavement glyceriné.

23 mai. Syphilide pigmentaire du cou.

24 mai. Exeat guérie.

En présence de faits aussi précis nous sommes bien forcés de reconnaître qu'aucune des variétés de malformations décrites n'est absolument pathognomonique.

Est-ce à dire que nous considérons ces malformations comme dépourvues de valeur diagnostique? Loin de partager cette opinion, nous nous rallions complètement à tous ceux qui considèrent qu'en présence des dystrophies ci-dessus décrites on devra toujours et avant tout penser à la syphilis. Mais aussi n'hésiterions-nous pas à faire subir une cure mercurielle énergique à tout sujet présentant des dents ainsi conformées et venant consulter pour des lésions dont le diagnostic est douteux. C'est ce que nous avons vu faire dans le cas suivant (Observation personnelle) :

M... Laurent, 21 ans, fumiste, né à Berne, entré le 6 mars 1896, salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant et vigoureux. Mère bien portante, a eu des métrorrhagies, mais jamais de fausses couches. Mère de quatre enfants, dont un mort à 13 mois, deux sont bien portants et dont le quatrième est notre malade. Celui-ci est l'aîné des quatre enfants.

Dents de la mère. — Trois dents manquent et ont été arrachées, mais les dents qui restent sont excellentes.

Incisives supérieures. — Les incisives médianes sont blanches, non recouvertes de tartre, mais au voisinage de leur bord libre on constate l'existence de trois ou quatre sillons transversaux. Celle du côté droit présente en outre

une perte de substance triangulaire de la partie externe de son bord libre, comme si elle avait été brisée à ce niveau.

Les incisives latérales présentent également de légers sillons à leur extrémité inférieure, le bord libre de l'incisive latérale droite présente une encoche médiane simulant l'encoche d'Hutchinson, mais beaucoup plus petite et plus limitée que la véritable échancrure décrite par cet auteur. Le bord libre de l'incisive latérale gauche est trilobé.

Incisives inférieures. — Aucune altération, mais elles sont mal rangées et chevauchent les unes sur les autres.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 7 ans, l'enfant a toujours été maladif, il ne restait pas alité, mais était apathique et sans énergie. Son intelligence ne s'est du reste jamais développée et il a toujours été incapable de s'instruire ou d'apprendre un métier.

A 14 ans, il a souffert des oreilles, a eu des troubles de l'ouïe, des écoulements, mais ces troubles ont disparu et il n'en reste aucune trace. Rien du côté des yeux.

Il y a quatre ans que les accidents actuels ont débuté ; l'articulation tibio-tarsienne droite, puis le cou de pied gauche, la face, la cuisse, les côtes, les avant-bras furent successivement atteints.

Les accidents ont été progressifs et d'abord simplement gênée, puis douloureuse, la marche est devenue peu à peu impossible. Il y a deux mois environ que le malade est alité.

Etat actuel. — Développement physique très incomplet. Taille 1^m 70 environ, thorax étroit, système musculaire très peu développé, amaigrissement très prononcé.

L'état intellectuel n'est pas plus satisfaisant, les réponses précises sont très difficiles à obtenir, le malade ne sait pas lire, pleure et rit sans motif.

L'examen complet du corps permet de constater ce qui suit :

Examen physique. — Tête : facies vieillot et inintelligent, crâne et face d'un développement et d'une conformation normaux.

Sur la joue gauche, orifice d'une fistule conduisant sur l'os molaire et laissant écouler un liquide fluide visqueux séro-purulent.

Thorax : pas de déformations rachitiques. Sur le côté droit du thorax, orifice assez large, situé au fond d'une cicatrice déprimée, adhérente aux tissus sous-jacents et laissant écouler un liquide séro-purulent.

Le malade paraît très peu souffrir de sa fistule, les mouvements d'élasticité du thorax et les mouvements respiratoires ne sont nullement gênés.

Rien sur l'abdomen.

Membres supérieurs. — A droite : les mouvements de l'épaule gauche sont douloureux, mais on ne constate ni craquements, ni rougeur, ni tuméfaction.

Sur l'avant bras existe une cicatrice mince, brunâtre, souple, non adhérente aux plans sous-jacents, présentant en somme tous les caractères d'une cicatrice ayant succédé à une lésion syphilitique.

L'articulation du poignet possède tous ses mouvements, aucun d'eux n'est douloureux ni ne provoque le moindre craquement. Cependant on constate au niveau de la partie antéro-externe du carpe l'existence d'une tumeur indolente, sans rougeur, étalée, triangulaire. du volume d'une demi-pêche environ, mollasse, demi-fluctuante. Les tendons plongent dans la tumeur et disparaissent à son voisinage, mais celle-ci n'a point la forme d'une tumeur ayant pris naissance dans la gaine tendineuse, elle n'est pas mobile avec les tendons, elle ne se déplace pas dans le sens latéral quand on les relâche Elle paraît en somme prendre son point de départ dans les parties constituan-

de l'articulation. Aucun point douloureux, aucune tuméfaction vers les os voisins.

Du côté gauche : l'épaule est un peu douloureuse, mais ne présente aucune lésion appréciable.

L'extrémité inférieure du cubitus gauche est très augmentée de volume, et au niveau de la tête du cubitus on constate l'existence d'une tumeur de consistance molle, presque solide, adhérente aux parties profondes.

La peau, amincie, est un peu rouge, adhère par sa face profonde à la tumeur, comme si celle-ci était sur le point de s'ulcérer.

La pression à ce niveau provoque très peu de douleur, malgré l'état en apparence inflammatoire des lésions.

Membres inférieurs. — Du côté droit : un peu en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on constate l'existence d'une cicatrice déformée, rosée, pigmentée à sa périphérie, adhérente à l'os. Il y aurait eu là une lésion suppurative il y a trois ans, au dire du malade.

Genou sain. — Articulation tibio-tarsienne : mouvements très limités, en arrière de la malléole externe fistule conduisant sur la partie supérieure du calcaneum, lequel est à ce niveau très douloureux à la pression.

Du côté gauche. — Genou tuméfié et douloureux, jambe en flexion, les tentatives d'extension provoquent des cris internes.

Articulation tibio-tarsienne, mêmes lésions qu'à droite mais plus accentuées. La fistule laisse suinter un liquide séro-purulent assez abondant.

L'examen du poumon ne donne aucun renseignement.

Les autres organes, foie, cœur, etc., paraissent sains.

En présence de pareils accidents on pensa naturellement que la tuberculose était en jeu, quoique l'examen bactériologique n'ait pas donné de résultats.

Mais les accidents étaient si multiples, en certains points ils avaient une allure si peu en rapport avec les allures

habituelles des lésions tuberculeuses (épaules, genou, poignets) que l'on se demande si à la tuberculose ne s'ajoutait pas une autre cause.

La blennorrhagie fut rapidement écartée, car l'urèthre était sain, et de plus il n'y avait guère que les arthralgies du genou et des épaules qu'elle aurait pu provoquer.

Mais en poussant plus à fond l'examen on constata sur les dents les lésions suivantes :

Incisives supérieures. — Médianes : Erosions cupuliformes en nappe, sillons transversaux au voisinage du bord libre.

Le bord libre, présente deux encoches à droite, une seule encoche sur l'incisive gauche mais peu profonde, plutôt dentelure que véritable encoche.

L'incisive gauche est très courte, manifestement diminuée de longueur, par l'usure ou la brisure.

Latérales : Erosions au voisinage du bord libre.

Cannelures longitudinales au nombre de 3, sillonnant verticalement la surface de la dent.

Incisives inférieures. — Présentent seulement deux sillons transversaux sur leur partie moyenne et supérieure.

Pas d'érosions cupuliformes.

Bord libre, aplati, élargi en plateau et non tranchant.

Canines. — Supérieures : très altérées, très diminuées de longueurs, nombreuses érosions au voisinage du bord libre.

Inférieures : à gauche : bord libre trilobé. Erosions de la surface.

À droite : bord libre en plateau. Erosions à la surface.

Molaires. — Inférieures : la première grosse molaire du côté droit est cariée. La seconde grosse molaire du côté gauche est également cariée, et il ne reste plus que l'émail, de sorte que la dent est creusée d'un profond cratère analogue à ce que décrivait Parsot.

Supérieures : saines.

Toutes les dents de la mâchoire supérieure dont la surface est irrégulière sont colorées en gris noirâtre ; celles de la mâchoire inférieure présentent une coloration normale.

Les dents présentaient, en somme, des altérations assez nettes pour qu'on fût en droit de suspecter la syphilis héréditaire ; en conséquence on pratiqua des injections de calomel. Quelques-unes des lésions (cou de pied droit, joue gauche, parurent bien influencées, mais les autres ne se modifiaient pas et continuaient à évoluer. On fit ainsi 4 injections de 0 gr. 05, mais à la quatrième une stomatite assez intense se déclara et on suspendit le traitement.

Lorsque la stomatite fut guérie, on renvoya le malade, la fistule de la joue gauche était complètement fermée, mais les autres lésions n'étaient pas améliorées.

Chez lui le malade resta au lit pendant six semaines, et le 15 juin, il revint à l'hôpital.

On constata alors que les lésions du cou de pied n'avaient fait que progresser, la jambe droite était de nouveau en flexion, et on fut obligé de pratiquer l'extension continue pour en obtenir le redressement.

La fistule qui siégeait sur le côté droit du thorax présente un orifice considérablement élargi, l'écoulement purulent a beaucoup augmenté.

L'état général a fortement empiré et s'aggrave de jour en jour.

Les conclusions à tirer de cette observation nous paraissent être les suivantes : La tuberculose a évolué sur un terrain spécial, très probablement entaché de vérole, on était donc parfaitement autorisé à tenter le traitement, mais si celui-ci a modifié nettement quelques-uns des accidents, il n'a pu

guérir ceux qui dépendaient directement de la tuberculose.

Mais pour affirmer qu'il s'agissait bien là de scrofulate de vérole, il nous a fallu l'épreuve du traitement. En effet, nous avons déjà dit, que même bien caractérisées, les lésions dentaires ne suffisaient pas à affirmer l'hérédosyphilis. Or, chez le sujet qui nous occupe, leur siège seul pouvait être considéré comme caractéristique, les autres altérations primitives étaient masquées par l'usure et les déformations secondaires.

C'est ce qui arrive, en effet, à partir d'un certain âge; chez l'enfant, on pourra peut-être observer les lésions décrites par Desmartin; chez l'adolescent, la dent d'Hutchinson pourra se montrer avec ses caractères typiques, mais dès que le malade a passé l'adolescence, on aura de plus en plus rarement l'occasion de les rencontrer. Si on relit, en effet, les observations d'Hutchinson, on voit que sur plus de 100 observations de dents caractéristiques, il n'y a que deux sujets âgés de plus de 20 ans (21 et 32 ans) et dans les observations les plus typiques que nous ayons pu trouver, les sujets étaient en pleine adolescence. (Leloir et L. Perrin, *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1887, p. 134; Fernand Lavergne et L. Perrin, *Annales de Dermatol. et Syph.*, 1889, p. 442; A. Fournier et J. Menecault, *Annales de Dermatol. et Syph.*, 1883, p. 269.)

Notre observation est encore intéressante à d'autres points de vue.

1^o Notre malade est l'aîné de la famille; or, c'est le seul qui présente des stigmates d'hérédo-syphilis, ce qui peut s'expliquer ainsi que le dit M. Fournier, par la décroissance habituelle de l'infection hérédo-syphilitique sous l'influence du temps et du traitement.

2^o La mère de notre malade a des incisives infectieuses, certainement anormales, peut-être sont-ce là des dents d'Hutchinson usées, telles qu'elles se présentent habituellement chez les sujets ayant passé 25 ans; or, Barraclough a rapporté de son côté (1) l'observation de deux frères syphilitiques (?) qui affectés d'érosions dentaires auraient eu, à eux deux, six enfants affectés d'érosions semblables ou analogues. Ceci tendrait à montrer que les érosions dentaires sont héréditaires dans certains cas, mais de nouveaux faits sont nécessaires pour qu'on puisse vraiment admettre une pareille hypothèse.

Il nous resterait pour juger de la valeur diagnostique des malformations dentaires à établir leur fréquence relative dans la syphilis héréditaire et dans les autres affections au cours ou à la suite desquelles on a pu les observer.

Malheureusement aucune statistique n'a été faite et ne sera probablement faite, car chacune

1) The medical Times, 1876, tome II, p. 349.

des observations demande une enquête minutieuse, et, de plus, souvent plusieurs causes peuvent être invoquées chez le même sujet : l'éclampsie par exemple peut être un symptôme de la syphilis, la scrofule, la syphilis, les traumatismes graves peuvent coïncider ; à laquelle de toutes ces causes faudra-t-il attribuer l'érosion ? Si la statistique est faite par un syphiligraphe, presque tous les cas seront rapportés à l'hérédo-syphilis ; si elle est faite par un odontologiste, ce seront les convulsions qui seront incriminées. Quoiqu'il en soit, l'expérience générale démontre que l'hérédo-syphilis occupe de beaucoup la première place parmi les maladies capables de provoquer des dystrophies dentaires.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire compte au nombre de ses symptômes les plus fréquents, la dystrophie dentaire ;

2° Les malformations dentaire appartiennent aux deux dentitions, mais sont plus caractérisées sur les dents de la seconde dentition.

Elles consistent en :

a.) Altérations primitives :

Retard d'éruption.

Erosions dentaires.

Microdontisme.

Amorphisme.

Vulnérabilité du système dentaire.

Sillons blancs.

Irrégularité d'implantation.

b.) Altérations secondaires.

Changements de coloration.

Accumulations de tartre.

Lésions de traumatisme. (Usure précoce, dent de vieux, dent en hache pour Parsot, dent d'Hutchinson pour Parsot, Fournier, Desmartin.

Carie dentaire.

Stomatite.

Chute prématurée des dents.

2° Considérées dans leur ensemble, ces malformations ne sont nullement propres à l'hérédosyphilis, elles sont seulement l'indice d'un trouble nutritif ou d'un arrêt de développement survenu pendant l'évolution dentaire. C'est pourquoi on a pu les observer chez des individus non hérédosyphilitiques, (éclampsie infantile, scrofule, entérite chronique, traumatismes graves, etc.) ;

3° Prises individuellement, il est impossible dans l'état actuel de la science, de trouver aucune de ces malformations qui soit vraiment un signe pathognomonique d'hérédosyphilis. Les érosions s'observent chez les enfants ayant eu des convulsions (Magitot) ; chez les scrofuleux, dans l'entérite chronique, chez les enfants arriérés ou idiots.

L'érosion d'Hutchinson (érosion en coche, en croissant du bord libre des incisives latérales supérieures), très rare en dehors de la syphilis, a cependant été rencontrée chez des scrofuleux et sera probablement rencontrée chez d'autres malades, à mesure que les observations et les rechutes se multiplieront.

4° Cependant les sillons blancs et les érosions

(surtout l'érosion d'Hutchinson,) se rencontrent avec une telle prédominance chez les hérédosyphilitiques qu'ils en constituent un signe de présomption de la plus haute valeur.

5° La valeur diagnostique de ces signes est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune : dans l'enfance, les érosions profondes voisines du bord libre ; chez l'adolescent, les érosions en coup d'ongle d'Hutchinson entaillant le bord libre, sont presque pathognomoniques ; plus tard les altérations secondaires masquent et déforment les altérations primitives et leur ôtent une grande partie de leur valeur.

6° Toutes les fois qu'un sujet présentant des dents ainsi conformées viendra consulter pour une lésion dont le diagnostic paraîtra douteux, on devra penser à l'hérédosyphilis et on sera autorisé à faire l'épreuve du traitement par les injections hypodermiques de mercure et l'iodure de potassium. On veillera beaucoup au bon entretien de la bouche pour éviter la stomatite mercurielle fréquente chez ces malades.

7° Ces malformations dentaires sont peut être héréditaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Foucard.* — Le chirurgien dentiste, 2 vol., Paris 1878.
- Bunon.* — Expériences et démonstrations faites à la Salpêtrière, 1746.
- Essai sur les maladies des dents. Paris 1743.
- Fournier.* — Dictionnaire en 60 volumes, art. « Dent ». Paris 1815.
- Oudet.* — Dictionnaire en 30 volumes, art. « Dent ». Paris 1875.
- Mahon.* — Le dentiste observateur. Paris, an VI.
- Hutchinson.* — Transact. of the patholog. Soc., of London, IX p. 449. X p. de 187 à 294, 1856.
- Id., 1863.
- Albrecht.* — Société médicale de Berlin, 1861.
- Poget.* — The medical Times and Gazette, 1862, tome I, page 309.
- Legros Clarke.* — The medical Times, t. I, p. 697, 1859.
- Hutchinson.* — The medical Times, tome I, page 359, 1865.
- Clinical lectures and reports, by the med. and surg. staff. of the London hospital, vol. II, p. 172, 1865.
- Art. « Constitut. », in A system of med., ed. by Reynolds, vol. I, 2^e ed. London 1870.
- A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis, 1868.

- Magitot.* — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 185, p. 149.
— Progrès médical, 1878.
— Dictionnaire Dechambre, article « Dent ».
- Demarquay.* — Bull. de la S^{oc}. de chirurgie, 1871.
- Berkeley-Hill.* — Monthly review of dental science, juin 1872.
- Moon.* — The Monthly review of dental surgery. Traduit dans le Progrès dentaire, 1877.
- Magitot.* — Traité de la carie dentaire, 1872.
- Lancereaux.* — Traité de la syphilis, 2^e édition, p. 442.
- Tornes.* — Traité de chirurgie dentaire, traduit par Darin, 1873.
- Castanié.* — De l'érosion ou des altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance. Th. Paris, 1874.
- Chaboux.* — De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. Thèse de Paris 1875, n^o 430.
- Lussel.* — The British medical journal, 1869, t. II.
- Stanley.* — The medical Times, 1861, t. I.
- V. Couzan.* — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle. Thèse de Paris, 1883.
- Rivington.* — The medical Times, 1872, t. II, p. 433.
- Conpland.* — The medical Times, 1880.
- Carré.* — France médicale, 1877.
- Barracrough.* — The medical Times, 1876, t. II, p. 349.
- Broca.* — Bulletin de la Société d'anthropologie de 1876.
— Revue d'anthropologie, 1877.
- Napier.* — Société des chirurgiens dentistes de Londres, 1876.
- Howolle.* — Dictionnaire Jaccoud, article Syphilis.
- Parsot.* — Gazette des hôpitaux, 1881, pages 585, 618, 634 et 649.
- Magitot.* — Traité des anomalies du système dentaire, 1877.

- Nicati.* — Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, n° 79, p. 9.
- Quinet.* — A propos des dents syphilitiques. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1879.
- Rattier.* — Contribution à l'étude de l'érosion dentaire. Th. Paris, 1879.
- Parrot.* — Communication faite à l'association pour l'avancement des sciences. Reims, 1880.
- Congrès de Londres, 1881.
- Syphilis héréditaire et rachitisme. Communication à la Société de chirurgie. Séance du 21 janvier 1883.
- Cazin.* — Rapports du rachitisme et de la syphilis. Société de chirurgie, 11 avril 1883.
- Magitot.* — Syphilis héréditaire et rachitisme. Gazette hebdomadaire, 20 avril 1883.
- Signes tirés des lésions trophiques des dents. Société de chirurgie, 25 avril 1883.
- Gibert (du Hanac).* — Syphilis et rachitisme. Gazette hebdomadaire, 1883, n°s 19 et 21.
- Lavergne Fernand et Léon Perrin.* — Observation type de syphilis héréditaire tardive. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1883, p. 442.
- Parrot.* — La syphilis héréditaire et le rachitisme. Ouvrage publié par les soins du docteur Troisier. Paris, 1886, pages 115 et 142.
- Fournier.* — Dictionnaire en 60 volumes, article Dents.
- Hermet.* — Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par Jonathan Hutchinson, traduit et annoté par le docteur Hermet (1884. Paris, Ad, Delahaye et Em. Lecrosnier. Edit. in-8° de 285 pages.
- G. Berne.* — Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1884.

- F. Chabaud.* — Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur. Thèse Paris, 1885.
- Parsot.* — Atrophie syphilitique des dents. Journal de méd. et de chirurgie pratiques et Union médicale, 1881.
- La syphilis héréditaire et le rachitisme. Leçon recueillie par le docteur Cossy, chef de clinique, Progrès médical, n° 11, 12 mars 1881.
- Kanowitz.* — Syphilis et Rachitisme. (Wien. med. Presse, 1881, n° 35.
- H. Leloir et Léon Perrin.* — Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive. Annales de dermatologie et syphilographie, 1883, p. 134.
- Magitot.* — Etudes cliniques sur l'érosion dentaire, 1881.
- Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, août 1882, 21 février, 11, 21 et 25 avril 1883.
- Descamps.* — Atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez les enfants. Thèse Paris, 1884.
- A. Fournier.* — Leçons sur la syphilis héréditaire tardive, Paris, 1888.
- M^{me} Sollier.* — Thèse Paris, 1887. Etat de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.
- Cazin et Jacoveseo.* — Des rapports du rachitisme et de la syphilis. Archives de médecine, 1887.
- A. Fournier.* — Influence dystrophique de l'Hérédosyphilis, 1890.
- Les affections parasymphilitiques.

Vu : Le Président de la Thèse,
POUCHET.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

